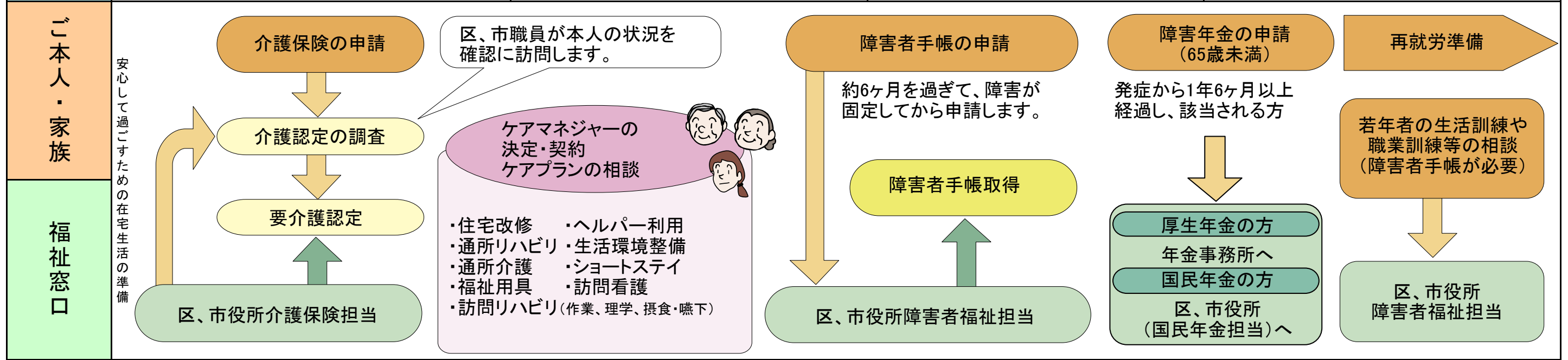
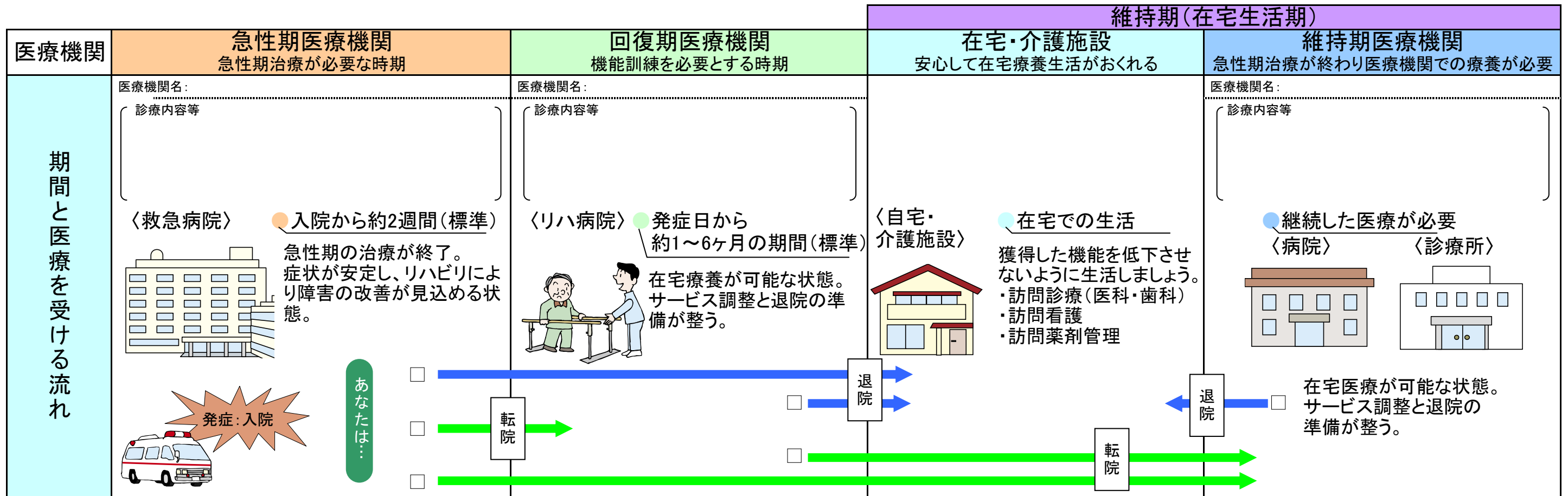


■東京都脳卒中地域連携診療計画書(患者説明用パス) 基本は『在宅生活に戻れること!』。在宅サービスを利用し、『安心して過ごせる』を支援させていただきます。

フリガナ 氏名	性別 男 女	生年月日 (年齢) () 歳	診断名 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他	既往症他 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心房細動	発症日	入院日
様						手術日	担当医・ 看護師



<input type="checkbox"/> 説明者 医療機関名: TEL:	氏名: 説明日: 年 月 日	患者・ご家族サイン	この計画書は、標準的な経過を説明したものです。あなたの状態により、異なる経過になることもあります。ご質問がありましたら、遠慮なくスタッフにお尋ねください。
--	-------------------	-----------	---